

ATROFIA CORTICAL POSTERIOR PRECEDIDA POR EPILEPSIA DE DIFÍCIL CONTROLE: UM RELATO DE CASO



16º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
CLÍNICA MÉDICA 2021
6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência
Campinas, SP - 08 a 11 de outubro/2021



FACULDADE
DE MEDICINA
• UFMG •

Júlia Cunha Vasconcelos¹; Luiz Gustavo Guimarães Sacramento¹; Vitor Santos de Souza¹; Bárbara Caroline Dias Faria¹; Leonardo Cruz de Souza²

¹ Acadêmico (a) de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

² Ambulatório de Neurologia Cognitiva e do Comportamento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

E-mail autor principal: jkunhavasconcelos@gmail.com

Introdução

A atrofia cortical posterior (ACP) é uma síndrome neurodegenerativa rara e, geralmente, é uma forma atípica da doença de Alzheimer (DA). É caracterizada por disfunções progressivas na capacidade de processamento visuoespacial, além de apraxia gestual e síndromes de Bálint e de Gerstmann. A associação da ACP com epilepsia de difícil controle não é comum.

Objetivos

Relatar um caso de ACP em paciente com antecedente de epilepsia de difícil controle.

Relato de Caso

Homem de 55 anos, 11 anos de escolaridade, apresenta quadro de epilepsia de difícil controle há 10 anos e piora das crises nos últimos 2 anos. Há pelo menos 5 anos, relata déficits cognitivo-comportamentais insidiosos e progressivos, com comprometimento funcional. Em uso de levetiracetam 2000 mg/dia, fenitoína 400 mg/dia, escitalopram 10 mg/dia e de clobazam 10 mg/dia. Os pais são primos de 1º grau, com história materna de demência, além de 6 casos de demência pré-senil em família paterna. Ao exame clínico, não haviam alterações de pares cranianos, nem déficits neurológicos focais. Não foram identificados sinais de parkinsonismo, de ataxia ou de dismetria. O Mini-Exame do Estado Mental demonstrou discreto prejuízo da eficiência cognitiva global, com 24/30 pontos. A pontuação do paciente no Questionário de Atividades de Vida Diária de Pfeffer foi 7/30, indicando comprometimento funcional leve. A memória episódica estava preservada, mas havia apraxia gestual, simultagnosia, agrafia de superfície, acalculia e ataxia óptica. Ressonância estrutural do encéfalo mostrou pronunciada atrofia em regiões parieto-occipitais (**Figura 1 e 2**). Assim, o quadro clínico-radiológico é compatível com o diagnóstico de ACP.

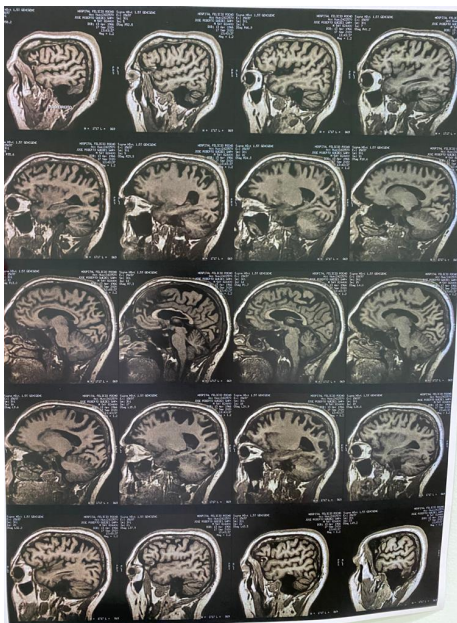


Figura 1: Corte sagital de RM em T1, evidenciando atrofia em regiões parieto-occipitais. (Anexo I)

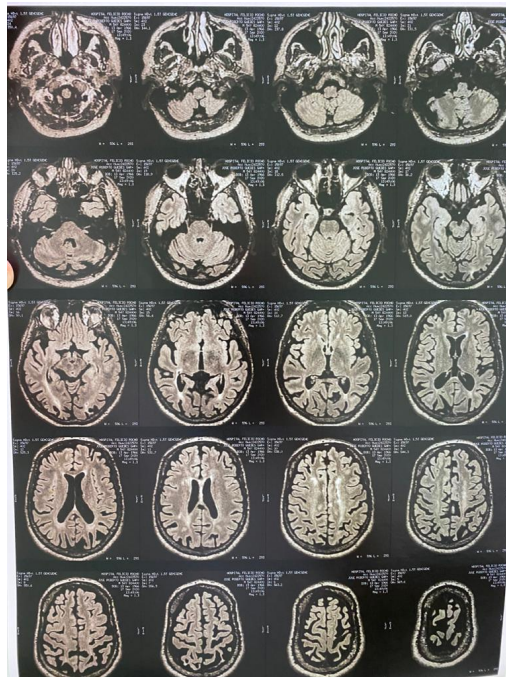


Figura 2: Corte transversal de RM em T1, evidenciando atrofia em regiões parieto-occipitais. (Anexo II)

Ademais, a análise do líquido, além de descartar causas inflamatórias e infecciosas, indicou amiloidose isolada (**Tabela 1**), sugerindo *continuum* biológico de DA. Iniciou-se tratamento com donepezila, com boa resposta clínica.

LÍQUOR	
Proteína beta-amiloide	284,34 pg/mL
Proteína tau	270,74 pg/mL
Tau fosforilada	16,7 pg/mL

Tabela 1: Resultado da análise do líquido do paciente.

Conclusão

Este relato demonstra uma possível associação entre epilepsia de difícil controle e ACP. Contudo, devido à raridade da ACP e à dificuldade de se realizar esse diagnóstico, ainda não há esclarecimentos sobre a eventual vinculação fisiopatológica entre epilepsia de difícil controle, amiloidose cerebral e ACP. Portanto, mais estudos são necessários para gerar informações úteis sobre o suposto mecanismo dessa interação, possibilitando o desenvolvimento de tratamentos mais específicos.

Referências e Anexos



16º CONGRESSO BRASILEIRO
DE CLÍNICA MÉDICA 2021
6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência
Campinas, SP - 08 a 11 de outubro/2021

EVENTO
HÍBRIDO
PRESENCIAL E ONLINE